

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 115.

DU ROLE DE LA THORACENTÈSE

dans la production de la Granulie

AU DÉCOURS DES

Pleurésies séro-fibrineuses prolongées



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

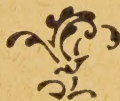
Et soutenue publiquement le 23 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LUCIEN LABY

Né à Reims (Marne), le 1^{er} Juillet 1892



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 115.

DU ROLE DE LA THORACENTÈSE

dans la production de la Granulie

AU DÉCOURS DES

Pleurésies séro-fibrineuses prolongées

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

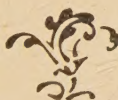
Et soutenue publiquement le 23 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LUCIEN LABY

Né à Reims (Marne), le 1^{er} Juillet 1892



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LÉPINE..... ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LÉPINE (J.).
Chimie biologique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	X...
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEI,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN.	GARIN.	DUROUX.
COMMANDEUR.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, char-
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT Léon	FROMENT	gé des fonctions.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	THEVENOT, Lucien	SARVONAT, id.
VORON.	CADE.	PIÉRY.	FAVRE, id.
NOGIER.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER, id.
LATARJET.			ROUBIER, id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROQUE, Président ; M. PIÉRY, Assesseur.
MM. BONNAMOUR et FAVRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni leur refuser son approbation.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES,

MÉDECINS DE BATAILLONS

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIÉRY,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

*Il a bien voulu nous inspirer
le sujet de notre thèse et nous
guider dans nos travaux. Nous
le prions de croire à notre pro-
fonde reconnaissance.*

A MES JUGES.

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE PARIS ET DE LYON.

INTRODUCTION.

La thoracentèse a pour but l'évacuation hors de la plèvre du liquide qui y est épanché. L'urgence de la thoracentèse ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide épanché. Que le malade ait de la fièvre ou non — d'après DIEULAFOY, — qu'il soit ou qu'il ne soit pas oppressé, ce sont là des conditions secondaires ; il faut avant tout consulter la quantité de liquide épanché. Seule, elle doit régler l'urgence de la thoracentèse.

Quand cette urgence n'est pas formellement établie par la quantité de l'épanchement, l'indication de la thoracentèse peut être discutée. Elle l'est rarement, et, étant donnée l'innocuité qu'on lui suppose, l'intervention est le plus souvent indiquée. Mais la thoracentèse est-elle bien une opération bénigne et inoffensive ? Etant donné le rôle protecteur reconnu à l'épanchement vis à vis du bacille tuberculeux, n'est-ce pas aller parfois directement à l'encontre du but, que de l'évacuer ? Le gros danger de la thoracentèse n'est-il pas justement de hâter en certains cas la marche d'une tuberculose latente, supportée jusque-

là par un poumon placé dans des conditions meilleures pour résister à l'invasion du Bacille de Koch ?

Le but de ce travail est précisément d'étudier si la thoracéteuse peut réellement être dangereuse pour le malade — et dans quels cas elle peut l'être.

OBSERVATIONS.

Nous pensons devoir laisser parler d'abord les cas cliniques qu'il nous a été donné d'observer. Nous étudierons ensuite comment ils peuvent s'accorder avec les données de l'anatomie pathologique et, après les avoir analysés, nous nous efforcerons d'en tirer les conclusions qu'ils comportent.

OBSERVATION I.

Hôpital sanitaire auxiliaire 63. — Service du Prof. Piéry.

M. . . , Michel, 23 ans, cultivateur.

Entré à l'hôpital le 6 octobre 1919.

A. H., A. P. — Bons.

Mobilisé en août 1916. Au front en février 1917. — Evacué le 2 oct. 1917, pour éclat d'obus à la main droite.

Fin juin, il tomba malade et fut hospitalisé le 7 juillet, à (hambéry.

Diagnostic d'entrée : Courbature fébrile.

Le malade se présente amaigri, dyspnéique. La température oscille entre 38° 5 et 39° 5. A l'examen des poumons, on note une augmentation notable des vibrations vocales en arrière,

aux deux sommets, mais surtout au niveau du lobe moyen du poumon droit. Submatité sur toute la hauteur. Dans les fosses sus et sous-épineuses droites, la respiration a un timbre soufflant. Au niveau du lobe moyen, on perçoit des râles caverneux, quelques ronchus et sibilances. A la base gauche, la respiration est très rude avec quelques craquements humides sur toute la hauteur. En avant, submatité à gauche et à droite. A l'auscultation, on note, à gauche, une respiration très rude tandis qu'à droite on perçoit des gargouillements.

Gros amaigrissement avec sueurs nocturnes abondantes.

Le malade semble atteint de Bacillose pulmonaire bilatérale. L'examen des crachats, pratiqué le 21 juillet 1919, ne révèle pas de Bacille de Koch.

Le 1^{er} août, la température continue à osciller dans les mêmes proportions. Le malade tousse moins.

Le 13 août. — Un nouvel examen des crachats est pratiqué et est négatif.

Le 25 août. — Mauvais état général. Toux. Sueurs nocturnes.

Le 4 octobre. — Le malade est envoyé à l'hôpital sanitaire de St-Genis-Laval, avec le diagnostic : Bacillose pulmonaire bilatérale, cliniquement évolutive.

A son entrée à l'hôpital 63, le 6 octobre, l'état général du malade est médiocre. Il tousse et crache peu. Expectoration muco-purulente. Température aux environs de 39°. Dyspnée d'effort très accentuée.

A. H. et A. C. — Bons.

A. P. — Pas de maladie antérieure. Le malade dit n'avoir jamais craché le sang.

Examen des Poumons.

Poumon droit. — Matité légère au sommet, s'exagérant en descendant vers les bases. A l'auscultation, on note de la Bron-

chophonie et de la Pectoriloquie aphone. La respiration est soufflante; l'expiration est prolongée, au niveau du sommet. A partir de la partie supérieure du tiers inférieur, de nombreux râles sous-crépitants disséminés.

POUMON GAUCHE. Au sommet, on perçoit les mêmes signes qu'à droite, mais plus accentués. Tout le tiers inférieur du poumon est mat; abolition des vibrations. Voussure de la cage thoracique. Pas d'œgophonie, ni de souffle. Au niveau du mamelon, frottements pleuraux. Un liquide séro-fibrineux, clair est retiré par une ponction exploratrice.

Nous sommes donc en présence d'une tuberculose pulmonaire fibro-caséuse droite et d'une pleurésie séro fibrineuse gauche.

Le 9 octobre. — Une ponction exploratrice est pratiquée. On retire 5 centimètres cubes de liquide séro-fibrineux, lequel est immédiatement réinjecté dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région.

Le 11 octobre. — Le malade ne présente qu'une expectoration minime, muqueuse, non purulente.

Au poumon droit, en arrière et sur toute la hauteur, matité avec résistance au doigt, mais avec suppression des vibrations à l'extrême base seulement.

Obscurité respiratoire au niveau des 2/3 supérieurs avec quelques bruits de frottements râles, un peu plus nombreux à la région moyenne.

Au niveau de la région axillaire et en avant, la matité subsiste ainsi qu'au niveau de la sous-aisselle et sur 1 ou 2 travers de doigts au-dessus du foie. Dans la région sous-mammaire, foyers de râles sous-crépitants éclatants.

Ballotement douteux à la base.

AU POUMON GAUCHE. — Matité avec résistance au doigt. Les vibrations sont abolies. Ballotement net sur toute la hauteur. Ces signes sont notés dans toute l'étendue de la sous-aisselle et même dans une partie du triangle axillaire postérieur.

Silence respiratoire au niveau du 1/3 inférieur. Dans les 2/3 supérieurs, il y a une simple obscurité avec un foyer de râles sous crépitants et lointains. En avant, obscurité au niveau des 2/3 supérieurs. A la base, foyer de râles assez éclatants avec quelques frottements râles.

Deux ponctions exploratrices sont pratiquées à la base droite et en arrière. L'une est infructueuse. L'autre ramène quelques gouttes de liquide séro-fibrineux.

Diagnostic : Double pleurésie séro-fibrineuse. Épanchement en voie de résolution du côté droit ; épanchement récent du côté gauche.

A noter les signes broncho-pulmonaires bilatéraux au début des deux épanchements ; absence de Bacille de Koch et d'expectoration purulente. Signes pseudo-cavitaires à la partie moyenne du poumon droit.

Le 13 octobre. — Pas de Bacille de Koch. L'albumino-réaction est négative.

Le 20 octobre. — Poids : 57 kg. 500. Tension artérielle : 15 maxima ; 9 minima.

Le 15 novembre. — Les deux bases sont toujours mates avec résistance au doigt et abolition des vibrations vocales. Toutefois, à droite, simple obscurité respiratoire et légère dépression inspiratoire des espaces intercostaux à l'inspiration.

A gauche, le silence est complet.

On pratique alors une thoracentèse gauche. On retire de la plèvre 1 400 centimètres cubes environ de liquide limpide, rouge ambré, couleur vin de Porto clair.

Consécutivement on injecte 1.600 centimètres cubes d'azote.

La pression initiale est de — 9

La pression terminale de + 6 + 8.

Le 28 novembre. — Après la thoracentèse du 15 novembre, la température est montée à 39° 5 et à 39° 7 les deux jours suivants. Le 19 novembre, c'est-à-dire 4 jours après l'intervention, la

température est à 37°8 et des crises de céphalées très violentes font leur apparition accompagnées de quelques vomissements.

Les 23 et 24, le malade perd plusieurs fois connaissance. La pupille est un peu dilatée. Strabisme interne de l'œil droit. Douleurs dans les membres, aux mouvements provoqués. Parésie vésicale. Légère cyanose unguéale. Pas de Kernig, mais en asseyant le malade sur son lit on provoque une légère crise d'opistotonos qui interrompt l'examen. On note une matité assez marquée à la base droite en arrière; bouffées de râles sibilants disséminés en avant. Sonorité exagérée à gauche. On est obligé de suspendre l'examen.

Le malade, depuis 48 heures, perd très fréquemment connaissance. Légère cyanose des extrémités. La céphalée est très intense. Depuis 8 jours, la constipation est opiniâtre. Grands lavements. Sondages quotidiens.

Le malade entre dans le coma et meurt au bout de deux heures.

Résultats de l'autopsie pratiquée le 29 novembre.

A l'ouverture du thorax, on note à gauche l'existence d'une vaste cavité pleurale occupant les 2/3 inférieurs du poumon et limitée par une plèvre épaissie d'un demi centimètre environ et recouverte de dépôts fibrineux blanchâtres. Le poumon reste adhérent au niveau de tout le lobe supérieur. Poumon atélectasié dans son ensemble avec granulations en grains de plomb, au sommet.

Au poumon droit, le sommet présente une efflorescence très évidente de petits tubercules blancs (apparence de tubercules crus dont la date ne doit pas être tout à fait récente).

Le péricarde renferme une quantité normale de liquide séro-fibrineux. Le cœur lui-même ne présente rien d'anormal.

La rate est très volumineuse, sans tubercules ni granulations.

Les reins et le foie sont normaux.

A l'ouverture du crâne, le cerveau fait un peu hernie et l'ouverture de la dure-mère montre également un liquide cœphalo-rachidien sous pression.

Après l'ablation des méninges molles, on ne note la présence ni de granulations ni d'exsudats au niveau des deux hémisphères cérébraux, mais de part et d'autre du 4^e ventricule, on constate la présence d'un exsudat pimérien translucide, gris, avec peut-être quelques granulations au niveau des plexus choroïdes.

OBSERVATION II.

Hôpital sanitaire auxiliaire 63. — Service du Prof Piéry.

C., Eugène, 29 ans, cultivateur.

A. H. et A. C. — Bons.

A. P. — Pas de maladie antérieure à la guerre. Paludisme en février 1917. Crises, dans le courant de 1917 et 1918, en général légères, qui se reproduisent à intervalles espacés. 2 mois d'hôpital à Salonique.

En juin, diarrhée violente qui dure 15 jours. Le 30 juillet 1919, violent point de côté. Entre à l'hôpital pour pleurésie droite.

Dyspnée légère avec point de côté violent à droite. Augmentation des vibrations vocales et de la sonorité au sommet droit tandis qu'il y a abolition des vibrations et matité aux 2/3 inférieurs du même côté. Au sommet, respiration complémentaire; dans la fosse sous-épineuse, souffle pleurétique. A la base, la respiration ne s'entend pas du tout; pectoriloquie aphone, œgophonie. A gauche, rien à signaler.

Le 5 août. — Ponction exploratrice qui ramène quelques centimètres cubes de liquide citrin.

T = 39° à 40°.

Le 6 août. — Le liquide augmente ; la dyspnée devient intense. Le cœur est dévié. Une thoracentèse est faite au malade et on lui retire un litre de liquide.

$T = 39^{\circ}5$.

Le 15 août. — La température est toujours entre 39° et 40° . On fait une ponction exploratrice. Le liquide est toujours clair. La matité diminue de hauteur.

Le 25 août. — La température n'est plus qu'entre $38^{\circ}5$ et 39° . L'élimination du liquide se fait lentement.

1^{er} septembre. — La température baisse progressivement, mais se maintient chaque jour aux environs de $38^{\circ}5$.

Le 12 septembre. — Une ponction exploratrice donne issue à du liquide clair, citrin. La température continue à baisser progressivement ($37^{\circ}8$ à $38^{\circ}5$). Un examen radioscopique des poumons est fait : tout le poumon droit est opaque. On ne voit pas le diaphragme. Il n'y a que l'extrême sommet qui soit perméable et encore il ne l'est que très légèrement.

Le malade est envoyé à l'hôpital sanitaire de St-Genis Laval, le 6 octobre.

Etat général médiocre. Le malade tousse très peu, ne crache pas, pas de sueurs nocturnes ; dyspnée d'effort, tachycardie, pouls à 120 ; température oscillant aux environs de 38° . Le poids est de 68 kgr. Anémie très prononcée.

Sur toute la hauteur du poumon droit, on constate une forte matité qui devient « matité de bois » dans la moitié inférieure. Les vibrations sont très diminuées en haut ; elles ont totalement disparu dans la moitié inférieure. Retentissement de la voix, en haut ; œgophonie dans toute la partie inférieure du poumon, à la partie supérieure de laquelle on trouve un souffle doux. Dans la demi-inférieure, l'obscurité respiratoire est absolue. Au sommet, obscurité respiratoire sans bruits surajoutés. Obscurité absolue en avant.

Au poumon gauche, la respiration est soufflante dans toute la hauteur avec, en plus, quelques frottements à la base.

Tension artérielle = 13/7,5.

Le 10 octobre.— Ponction exploratrice qui ramène un liquide séro-fibrineux à teinte rosée, 10 centimètres cubes environ, qui sont réinjectés sous la peau.

Le 15 octobre.— L'albumino-réaction est négative.

Le 16 octobre.— Pas de Bacilles de Koch. Au poumon droit et sur toute la hauteur, aussi bien en avant qu'en arrière, matité avec résistance au doigt. Les vibrations sont abolies, la respiration nulle. Au poumon gauche, au niveau du tiers inférieur, matité avec résistance au doigt et ballottement. Les vibrations sont abolies. A l'auscultation, la respiration est un peu soufflante au sommet droit et au niveau des 2/3 supérieurs avec quelques sibilances disséminées. A la base gauche, simple obscurité respiratoire. Pas d'œgophonie ni de pectoriloquie aphone. Une ponction exploratrice ramène 1/2 centimètre cube de liquide nettement sanguinolent qui se coagule dans la seringue.

La température, depuis 8 jours, oscille entre 37°1 et 38°1.

Le 18 octobre 19.— On fait une thoracentèse et on retire 800 centimètres cubes de liquide. On injecte ensuite 1.600 centimètres cubes d'azote. La fièvre a persisté avec oscillations entre 37°2 et 38°5. Le soir la température monte à 39°5.

Le 20 octobre.— Température entre 38° et 38°6. Poids : 63 kgr. 500.

Le 30 octobre.— Grandes oscillations de 37° à 39°2. Le poids est de 55 kgr. 100.

Le 6 novembre.— L'épreuve de la marche est positive.

Le 11 novembre 19.— Au poumon droit, matité avec résistance au doigt au niveau de tout le tiers inférieur. Cette matité se prolonge en avant en gardant le même niveau et occupant

toute la sous-aisselle. Silence respiratoire au niveau des 2/3 inférieurs. Obscurité au sommet. Sub-matité à la base gauche. Poids : 55 kgr.

Le 15 novembre 19. — Nouvelle thoracentèse; on retire 1200 centimètres cubes de liquide rouge brun, un peu trouble. On fait ensuite une injection d'azote de 1.200 centimètres cubes.

Pression initiale = — 13.

Pression terminale = + 15.

La température, le soir, monte à 39°8.

Le 21 novembre. Température oscillant entre 37°5 et 39°2. Poids : 53 kgr. 500.

Le 4 décembre. — A l'auscultation, on trouve une sonorité exagérée et de l'obscurité respiratoire sur toute la hauteur du poumon droit.

Depuis le 22 novembre, la température est comprise entre 38° et 38°5. Nous sommes donc en présence d'une pleurésie prolongée avec épanchement hémorragique.

Le 10 décembre. A la suite de la deuxième thoracentèse, la température, pendant une semaine, a oscillé entre 37°3, 39°2, 39°4. Puis elle est redescendue au voisinage de 38°5, pour remonter, depuis 4 à 5 jours, à 38°9. C'est depuis ce moment (4 et 5 décembre) que le malade va moins bien. Oppression manifeste avec pouls faible et teinte cyanique des mains et des avant-bras et un peu des pommettes. Pas de toux ni d'expectoration. Actuellement, le pouls est extrêmement faible, difficilement perceptible à la palpation et, de ce fait, incomptable. Tension : 10,5-7,5 avec oscillations un peu irrégulières.

Le malade est toujours placé dans le décubitus latéral droit.

A l'auscultation, en arrière et à droite la sonorité est exagérée sur toute la hauteur, descendant même plus bas que les limites normales. Silence respiratoire sur toute la hauteur, sans bruit de succussion.

En arrière et à gauche, toujours submatité à l'extrême base. Sous-crépitaux ébauchés et se dégageant mal à l'occasion de la toux.

En avant, au poumon droit, sonorité également exagérée. A gauche, à la région moyenne, on perçoit un foyer de râles sous-crépitaux un peu humides. Dyspnée apparente. Cyanose assez généralisée avec prédominance aux extrémités.

Le 12 décembre.— Cyanose assez forte depuis 2 jours. Dyspnée intense. Pression artérielle très faible, difficile à prendre. Oppression constante. Température hier soir : 38°9.

A 7 heures, mort brusque, sans coma.

OBSERVATION III.

Hôpital de l'Antiquaille. — Service de M. le Dr Pallasse.

M. . . ., Charles, 54 ans, cantonnier.

Le malade est envoyé à l'hôpital pour essoufflement et point de côté à la base gauche.

A. H. et A. C. — Bons.

A. P. — A 30 ans, bronchite qui dura un mois. Depuis, quelques rhumes sans gravité.

La maladie actuelle a débuté il y a 12 jours environ. Le malade ressentit, au cours de son travail, des points de côté qui au bout de 2 jours se localisèrent à la base gauche. Au bout de 6 jours, il fut obligé de s'aliter.

A l'entrée, le malade est un peu cyanosé. Poids : 62 kgr.

Examen des poumons.

Dépression sus et sous-claviculaire marquée à droite ; respiration rude à ce niveau ; dans la fosse sus-épineuse, quelques bruits secs à la fin de l'inspiration ; respiration normale dans le reste du poumon.

A gauche, en avant, matité franche, remontant jusque sous la clavicule où, à ce niveau, on perçoit un peu la respiration

lointaine. En arrière, sub-matité dans la fosse sus-épineuse où on perçoit encore le murmure vésiculaire avec une respiration soufflante. Matité dans tout le reste du poumon.

En avant et en arrière, au niveau de la matité, on trouve de l'œgophonie et de la pectoriloquie aphone. Les crachats sont peu abondants, muqueux, légèrement aérés.

Une ponction exploratrice donne un liquide citrin, très clair, fibrineux.

Le 2 avril 1919. — Température maxima : 38°5.

Pas d'élévation du creux sus-claviculaire gauche. Signe d'épanchement jusqu'au premier espace intercostal. Au sommet, en avant et en arrière, pas de bronchophonie ni de respiration rude. On a seulement du tympanisme et une respiration assez obscure par rapport au côté droit où il y a une respiration supplémentaire intense.

Etant donné le bon état général et la grosse diurèse, on fait une ponction d'amorce. Cette ponction donne 800 grammes de liquide citrin très fibrineux qui s'écoule sans aspiration.

Après cette ponction, on constate :

1) En avant, sonorité au niveau du premier espace, submatité au niveau du troisième et matité à la troisième côte.

2) En arrière, sonorité dans un triangle paravertébral dont le sommet est à deux travers de doigts au-dessus de l'omoplate.

Le 4 avril 19. — Le résultat de l'examen séro-diagnostic du sérum et du sang donne :

1) Liquide pleural : $\begin{matrix} 1^{\text{er}} \text{ envoi} & + & 10 \\ 2^{\text{e}} & - & + & 10 \end{matrix} \left\{ \begin{array}{l} \text{séro-diag. positif.} \end{array} \right.$

2) Sang : $\begin{matrix} 1^{\text{er}} \text{ envoi} & + & 20 \\ 2^{\text{e}} & - & \pm & 40 \end{matrix} \left\{ \begin{array}{l} \text{séro-diag. positif.} \end{array} \right.$

La température se maintient toujours aux environs de 38°.

Le 4 avril 19. — La respiration et la sonorité sont revenues jusqu'à la partie moyenne. Poids : 58 kgr.

Le 16 avril 19. — A gauche, la matité remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate, mais on entend des râles sous-jacents.

Le 17 avril 19. — On fait un *examen radioscopique* du malade et on constate la présence d'un épanchement pleurétique gauche, remontant jusqu'à 4 travers de doigts au-dessous de la clavicule et atteignant en arrière la pointe de l'omoplate. Grisaille du sommet droit qui s'éclaire mal.

Pas de Bacilles de Koch.

Le cobaye, inoculé le 28 mars, meurt aujourd'hui de lésions tuberculeuses.

Le 18 avril 19. — La température monte, pour la première fois, à 39°.

Le 28 avril 19. — La température est redescendue aux environs de 38°.

On constate une matité remontant jusqu'au 1/3 moyen de l'omoplate ; en avant, le malade étant assis, elle remonte jusqu'à la troisième côte :

Une ponction au trocard donne issue à un liquide citrin, clair, dont on retire 1.200 grammes.

Le 29 avril 19. — L'examen bactériologique du liquide pleural a montré une lymphocytose avec d'assez nombreux globules rouges.

Le 30 avril 19. — Résultats du sero-diagnostic bacillaire :

Liquide pleural : $+ 3 + 5 \pm 10 - 20$.

Sang : $+ 10 \pm 20 - 40$.

Le 7 mai 19. La température se maintient toujours aux environs de 38°.

Le 31 mai 19. — La θ monte à 39°5. Poids : 55 kgr.

Le 17 mai 19. — La θ , après être redescendue quelques jours, s'est élevée de nouveau, irrégulière, en clochers. Au sommet droit, en arrière, et dans la partie interne de la fosse sus-épineuse, la respiration est très soufflante, avec des râles

sous-crépitants après la toux. A la base droite postéro-externe, quelques bouffées de râles crépitants.

Le 20 juin 19. — Pas de Bacilles de Koch. Poids : 51 kgr.

Le 24 juin 19. — L'examen bactériologique du sang donne :

+ 20 } sero-diagnostic tuberculeux positif.
— 40 }

Le malade a eu deux ponctions déjà : le 2 et le 28 avril. Depuis les derniers jours de mai, la θ continue à s'élever, irrégulière allant jusqu'à 39°5. Depuis les 3 dernières semaines l'état général baisse : amaigrissement ; anorexie ; et surtout grosse dyspnée. Depuis quelques jours, diminution des urines qui deviennent foncées. La dyspnée augmente de plus en plus. Un peu de cyanose des doigts. Langue rôtie.

A l'auscultation : à gauche, matité à l'extrême base, en arrière ; dans le reste du poumon, la sonorité paraît normale avec une inspiration et une expiration très rudes et même soufflantes, mais sans râles.

A droite, matité de la fosse sus-épineuse.

On entend par moments des bouffées de râles fins soit dans la fosse sus-épineuse, soit à l'extrême base. Pouls à 108. Respiration : 54.

25 juin 19. — Mort. (θ : 37,5). ◆

Le 26 juin 19. — Nécro :

Plèvres. — A gauche, symphise totale.

A droite, adhérences pleurales au niveau de la scissure interlobaire, au diaphragme, au sommet. De ce côté, on trouve un petit reliquat de pleurésie en arrière de la base, avec un peu de liquide.

Poumons. — 1) Droit : 1.550 gr. Deux lobes seulement.

Au lobe supérieur, languette très emphysémateuse. Grosse cicatrice froncée, dure, sans spélonque, au sommet du lobe supérieur.

A la coupe, le lobe supérieur présente de la densification avec traversées scléreuses noirâtres et un petit tubercule cré-tacé.

Dans tout le parenchyme on trouve des granulations grises très confluentes avec de la congestion.

2) Gauche : 720 gr. A la base, la cavité pleurale est com-
blée par des dépôts de fibrine vieillie. A partir du tiers moyen
il y a symphyse jusqu'au sommet.

Au sommet, on note la présence d'une grosse cicatrice avec
travées scléreuses et un tout petit nodule cré-tacé. Les granu-
lations sont très abondantes au sommet et vont en diminuant
jusqu'à la base où il y en a beaucoup moins.

Péricarde. — Un peu de liquide, peut-être plus qu'agonique.
Petite plaque laiteuse à la face postérieure du ventricule droit.

Cœur. — 280 gr. Un peu gros. Athérôme de la naissance
de l'aorte et de la grande valve mitrale.

Reins. — 175 gr. Un peu gros, avec quelques granulations.

Rate. — 250 grammes. Grosse, sans granulations.

Foie. — Il est gros et ne paraît pas non plus avoir des gra-
nulations.

Comme suite à nos observations ci-dessus transcrites,
nous croyons intéressant de résumer quelques-unes des
observations analogues qu'il nous a été possible de retrou-
ver.

OBSERVATION IV.

TAPRET (*Archives générales de Médecine*, 1885).

Arouy, Emile, 26 ans, entré le 26 février à l'Hôtel-Dieu.

A. H.— Bons ; A. P.— Bons.

Il se plaint d'un point de côté sous le sein droit avec oppression et toux, survenu depuis deux jours.

Signes de pleurésie droite à gros épanchement. Température aux environs de 39°.

Le 24.— On retire trois litres de liquide citrin très fibreux, par thoracentèse.

Le 26.— Dyspnée.— L'épanchement s'est en grande partie reproduit.

Le 2 mars.— Nouvelle ponction de 1500 gr. de liquide identique au premier. Vers 5 heures du soir, dyspnée violente et point de côté à gauche. On constate un foyer de râles crépitants au niveau de la partie moyenne de la ligne axillaire postérieure.

Le 3 mars.— A droite, matité complète à la base. Vibrations exagérées au sommet.

Le côté gauche présente des signes de congestion pulmonaire surtout au niveau du point de côté.

Ces signes sont apparus en quelques heures et dénotent une modification considérable dans tout ce côté, primitivement sain.

Le 8 mars.— Une troisième ponction est pratiquée, le liquide s'étant reproduit : 400 gr.

Le 14 mars.— Le malade sent revenir le malaise qui a suivi la deuxième ponction.

Le 15 mars.— Râles sous-crépitanants sur toute la hauteur du côté gauche. Râles fins, secs, en bouffées, dans tout le sommet.

A droite, absence complète de râles. L'épanchement semble disparu. La température oscille entre 39° et 40°.

Le 5 avril.— Céphalalgie. Dysphagie.

Le 10 avril.— Asphyxie progressive Toux convulsive paroxystique.

Le 16 avril.— Asphyxie. Prostration. Mort.

A l'autopsie, on constate que le poumon gauche est criblé de granulations grises. Il est infiltré. A droite, tubercules beaucoup moins nombreux. Rien du côté du péritoine ni des viscéres.

OBSERVATION V.

RENDU (*Revue de Pneumologie*, mars 1896).

« Officier chez lequel on diagnostiqua d'abord une simple congestion pulmonaire, puis on constata un peu d'épanchement pleurétique. Il présentait, en somme, les signes mixtes de congestion pulmonaire et d'épanchement. On se décida à une ponction exploratrice qui donna un liquide séreux. On pratiqua alors une ponction évacuatrice et il s'écoula 3/4 de litre de liquide.

« Le surlendemain de la ponction le malade a de la fièvre. Les signes d'épanchement se reproduisirent rapidement. En quelques jours, le liquide eut doublé, puis triplé d'étendue, puis, au bout de 8 jours, on se vit obligé de renouveler la ponction. Pendant 4 ou 5 semaines, la ponction dût être répétée hebdomadairement. Quant au liquide, il changea également : de séreux qu'il était, il était devenu hémorragique puis même purulent. Le malade mourut dans le collapsus, avec des râles dans le poumon et tous les signes d'une tuberculose rapide »

OBSERVATION VI.

RENDU (*Revue de Pneumologie*, mars 1896).

« Elève de l'Ecole Normale, lymphatique, portant pendant un mois un léger épanchement pleurétique, ne donnant lieu à aucun accident grave. A un certain moment, on crut bien faire

en pratiquant une ponction. A partir de ce moment, la fièvre s'allume, les ponctions deviennent nécessaires et de plus en plus fréquentes. Enfin, mort, avec symptômes de tuberculisation. »

OBSERVATION VII.

FERRAND (*Thèse de Paris*, 1881. Recueillie
par M. CHANTEMESSE).

« H. . . . , 42 ans, entre à St-Antoine, au début de janvier 1881.

« L'année précédente, il a eu un épanchement pleurétique droit ponctionné ; on lui retira 1.500 gr. de liquide et peu à peu il se rétablit.

« Depuis quelques semaines, il est tombé malade ; il a pâli, maigri, perdu ses forces ; il tousse et est essoufflé au moindre effort.

« Du côté droit, on note tous les signes d'un épanchement qui remonte au-dessus de l'angle de l'omoplate. Un peu de respiration prolongée sous la clavicule ; quelques crachats muco-purulents. Le 11 janvier, on retire par la ponction 1500 grammes de liquide citrin de la plèvre droite.

« Les jours suivants, l'épanchement ne se reproduit pas.

« Mais bientôt, on voit survenir de la fièvre, de la dyspnée, de l'agitation ; des râles sibilants nombreux se font entendre sous les clavicules ; la toux devient quinteuse et fréquente ; l'expectoration augmente ; le malade dort peu et transpire très peu la nuit.

« Peu à peu, les phénomènes s'aggravent, l'épanchement reparait en partie et on entend, sous les clavicules, de gros râles humides et des gargouillements.

« Mort le 22 février. — Lésions tuberculeuses dans les deux poumons ; cavernules aux sommets. »

OBSERVATION VIII.

LITTEN (*Charité Annalen*, 1882).

« Jeune homme issu d'une famille de tuberculeux. Sans cause appréciable, il se développa chez lui un exsudat pleurétique gauche qui fut ponctionné au bout de la 5^e semaine. Il se reproduisit et subit enfin une résorption spontanée.

« Peu de temps après, commencèrent les symptômes de la tuberculose généralisée dont le malade mourut en 4 semaines. »

« A l'autopsie, on trouva les résidus d'un exsudat pleural, une sérosité trouble avec des dépôts fibrineux dans lesquels on voyait, par transparence, des tubercules miliaires. Il y en avait dans la plupart des viscères. »

OBSERVATION IX.

Le DAMANY (*Thèse de Paris*, 1898).

« B. . . , étudiant, 39 ans, entre le 9 juin 1897, à Ste-Anne.

A. H. — Bons.

A. C. — Un frère mort d'une « fluxion de poitrine ». — La femme de B. . . est morte, il y a 4 ans, de tuberculose pulmonaire.

A. P. — B. . . a eu, il y a 6 ans, une congestion pleuro-pulmonaire qui dura 3 semaines environ et dont il se rétablit très vite et très complètement. Sa santé demeure absolument bonne jusqu'aux premiers jours de ce mois.

« Une dizaine de jours avant son entrée à l'hôpital, il a senti une légère douleur dans la région du mamelon gauche. En même temps il a eu des frissons et a perdu l'appétit.

« Lors de son entrée, on constata tous les signes d'un épanchement dans la plèvre gauche, sans troubles fonctionnels, sans toux et sans douleurs.

« *Le 9 juin.* — Thoracentèse. 1 litre de liquide sero-fibreux.

« *Le 12 juin.* — Thoracentèse. 1 litre de liquide.

« *Le 18 juin.* — Thoracentèse. 1 litre de liquide.

« *Le 10 juillet,* le malade part pour Vincennes, très amélioré, mais gardant un peu de liquide dans sa plèvre. Il revient dans le service le 16 août et on lui fait d'urgence une thoracentèse de 1500 grammes.

« Peu à peu on voit apparaître des signes de tuberculose pulmonaire évidente, aux deux sommets. »

Considérations cliniques et analyse des Observations.

Nous allons maintenant étudier nos Observations et essayer d'en tirer les conclusions qui s'en dégagent.

Un fait important et que nous retrouvons dans chacune des Observations ci-dessus relatées — quelles que soient les divergences de détails survenus au cours de la maladie — est le suivant : une tuberculisation rapide du poumon consécutive à l'évacuation hors de la plèvre, du liquide épanché.

En particulier, dans les trois cas de pleurésies prolongées que nous publions (Observ. I, II et III), le traitement classique des épanchements pleuraux par thoracentèse a été établi, suivi deux fois d'un pneumo-thorax thérapeutique par injection d'azote. Et chaque fois, la thoracentèse a été suivie de près par la granulie, suivie elle-même de mort en quelques jours.

Nous nous proposons donc d'étudier, dans ce travail, s'il y a quelque relation de cause à effet entre la méthode de traitement et l'issue fatale. Le problème que nous nous posons est de savoir ce qui a pu provoquer une granulie brutale chez des malades atteints, depuis de longs jours, de pleurésies trainantes, prolongées.

Quelles sont, au point de vue bacillaire, les antécédents de chacun de nos malades ?

M. M. (Obs. I). — N'avait eu aucune affection grave antérieure. Blessé au cours de la guerre, en octobre 1917, il est seulement évacué à ce moment, ayant subi les fatigues de la campagne depuis août 1916.

C. (Obs. II). Avait également des antécédents héréditaires et collatéraux, bons. Parents bien portants, un frère et une sœur. Ses antécédents personnels antérieurs à la guerre étaient excellents. A partir de 1917 cependant, des crises de paludisme nécessitent à plusieurs reprises son hospitalisation.

M. C. (Obs. III). — N'avait rien non plus dans ses antécédents qui puisse laisser prévoir une mort par bacillose aiguë : une bronchite de 1 mois..., quelques rhumes sans gravité.

Tous trois étaient bien constitués, les deux premiers dans la force de l'âge. L'évolution clinique de leur maladie fut d'ailleurs, pour chacun d'eux, sauf dans la phase terminale, une tuberculose localisée à la séreuse pleurale, c'est-à-dire, en somme, une bacillose relativement bénigne.

A leur entrée à l'hôpital, quel était l'état pulmonaire de chacun de nos malades, et depuis combien de temps la plèvre était-elle atteinte ?

Pour M. M., le début de la maladie remonte à juillet 1919. A ce moment, elle présente le tableau clinique d'une tuberculose bilatérale, en évolution : état général médiocre, amaigrissement, température vespérale, sueurs nocturnes. Cet état se maintient sensiblement stationnaire jusqu'au 6 octobre où on note le début d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche.

Le 11 octobre, la pleurésie s'étend de l'autre côté : une

ponction exploratrice retire quelques gouttes de liquide du côté droit. La température est aux environs de 39°.

Pas de Bacille de Koch dans les crachats.

Le 15 novembre, la température restant élevée, la quantité de l'épanchement pleural gauche restant également stationnaire, on décide une thoracentèse. Celle-ci donne issue à 1.400 centimètres cubes de liquide limpide, rouge ambré.

Cette intervention a donc lieu 4 mois et demi après le début de la maladie.

Le début de la maladie de C. date du 30 juillet 1919. Violent point de côté, pleurésie droite survenue brusquement.

La température oscille, pendant un mois, entre 39° et 40°. Plusieurs ponctions exploratrices ramènent un liquide séro-fibrineux rosé. Pas de Bacilles dans les crachats. Le 6 août, une ponction retire 1 litre de liquide.

Le 16 octobre, on constate la présence d'un petit épanchement à la base gauche. La température se maintient aux environs de 38°.

Le 18 octobre, on fait une seconde thoracentèse, devant l'abondance de l'épanchement : 800 centimètres cubes de liquide. Le 15 novembre, nouvelle ponction de 1.200 centimètres cubes de liquide.

Dans l'Observation III, M. C. est entré à l'hôpital le 27 mars 1919. Point de côté. Pleurésie gauche. Le 2 avril, la température étant aux environs de 38° ; on fait une première ponction de 800 gr. de liquide. Le 28, une nouvelle ponction donne 1.200 gr. La température reste élevée.

Quelle fut la date exacte du début de la maladie actuelle ? Aux dires du malade, elle aurait débuté une quinzaine de jours avant son hospitalisation,

Au contraire des deux observations précédentes nous ne trouvons pas de signe de pleurésie du côté opposé au gros épanchement. Pourtant les résultats de l'autopsie nous permettent de constater que là aussi il y a eu pleurésie double ; on trouve un petit reliquat de pleurésie à la base gauche, avec un peu de liquide.

Chez tous nos malades, l'histoire peut se résumer à ceci : pleurésie à début banal, à épanchement toujours limpide, séro-fibrineux mais long à se résorber. Bacillose probable du poumon, mais à évolution lente, tendant peut-être vers la guérison. Dans quel état se trouvaient nos malades au moment où on jugea devoir intervenir par la ponction et pour quelle raison jugea-t-on cette dernière nécessaire ?

La ponction de M. M. est provoquée par la quantité de l'épanchement : Matité avec résistance au doigt. Ballottement net sur toute la hauteur du poumon et silence complet. Sa température oscille aux environs de 38°.

Les ponctions de C. sont provoquées, la première (un mois après le début de la maladie) par l'abondance du liquide, la seconde par la réapparition de ce liquide sur « toute la hauteur » du poumon avec troubles fonctionnels du côté de la respiration et de la circulation. Sa température, à ce moment, se maintient entre 37° 1 et 38° 1. Une troisième thoracentèse, un mois plus tard, est faite étant donnée la réapparition de l'épanchement.

Celles de M. C., faites à 20 jours d'intervalle, sont décidées pour les mêmes raisons. Chacune d'elles avec 38° de fièvre.

Chez nos trois malades donc, nous nous sommes toujours trouvés en présence des trois éléments suivants, communs à tous ;

- 1) Un épanchement à évolution lente, prolongée.
- 2) Une bilatéralité de cet épanchement.
- 3) Une élévation thermique constante.

Or, qu'est-il arrivé pour chacun de nos malades consécutivement à l'intervention par la thoracentèse ?

L'épanchement de liquide s'est reproduit très vite, les phénomènes généraux ont augmenté, coïncidant avec une hausse de température, une dyspnée intense, une forte cyanose, une tuberculisation rapide du poumon.

Pour M., ce fut, dès le lendemain, une température de 39° 5, puis de 39° 7 le jour suivant. Des crises de céphalée, des vomissements. Ponctionné le 15 novembre, il meurt le 28 du même mois d'une granulie à forme méningée.

Pour C., la première ponction fut suivie d'une température de 39° 5, mais bientôt tout rentra dans l'ordre. A la suite de la seconde, le liquide étant réapparu, la température monta à 39° 5, et présenta les jours suivants de grandes oscillations entre 37° et 39° 2. La troisième thoracentèse, pratiquée un mois plus tard, fut suivie d'une température de 39° 8 qui se maintint pendant la quinzaine suivante aux environs de 39°. Puis la mort survint au milieu de signes de bacillose aiguë.

L'évolution de la bacillose pulmonaire de M. C., consécutive à la thoracentèse, pour un peu moins rapide qu'elle fût, n'en est pas moins nette.

La première ponction ne provoqua aucune réaction intense. Mais l'épanchement se reproduisit et une seconde évacuation fut faite. La température resta aux environs de 38°, sans grandes oscillations, pendant le mois suivant, période à la fin de laquelle elle monta à 39° 5 où elle se maintint presque chaque soir, en clochers. Alors l'état

général s'aggrave : La dyspnée augmente, avec cyanose et on trouve aux poumons tous les signes d'une tuberculose aiguë qui emporte le malade en quelques jours.

Dans deux de nos observations, sur trois, outre l'évolution rapide de la phthisie pulmonaire, nous voyons se reproduire des récidives multiples de l'épanchement : celui-ci, restant stationnaire jusqu'à la thoracentèse, se reproduit immédiatement après elle et oblige le médecin à des ponctions répétées. Il semble évident qu'une transformation complète a été apportée par l'intervention au type évolutif de la maladie.

Quelques mots restent à dire maintenant au sujet des six observations antérieures que nous groupons à la suite des nôtres.

Un coup d'œil suffit pour rendre évidente leur évolution analogue :

Les antécédents : Tous semblent bons, sauf deux ; le malade de l'Observation VIII est issu d'une famille de tuberculeux ; celui de l'Observation IX a eu un frère et une femme tuberculeux.

La marche de la maladie : pleurésie banale dans tous les cas, dont l'épanchement, lent à se résorber, provoque la ponction.

Suites de l'intervention : augmentation des phénomènes généraux et réapparition du liquide (dans 5 cas sur 6) nécessitant de nouvelles thoracentèses, quand l'issue fatale ne se produit pas immédiatement.

Deux malades sur 6 seulement ne subissent qu'une seule intervention. Le IV subit trois ponctions ; le IX, quatre ; le V et le VI, de nombreuses ponctions répétées.

L'issue de la maladie est toujours fatale (mort par tuberculisation rapide du poumon, granulie) sauf dans un seul cas (Obs. IX) où le malade sort de l'hôpital avec des « signes de tuberculose pulmonaire évident aux deux sommets ».

Du rôle protecteur de l'épanchement dans les pleurésies tuberculeuses.

L'épanchement pleural ne doit plus être considéré aujourd'hui comme une simple masse de liquide répandue entre les plèvres, et l'influence mécanique néfaste de cet épanchement ne doit pas être seule envisagée. On considère au contraire que cet épanchement, en l'immobilisant, est capable de mettre le poumon dans des conditions meilleures pour sa défense contre l'invasion microbienne et que sa sérosité, par le processus bactéricide des agglutinines, nuit à la multiplication et au développement des Bacilles de Koch : il est, à n'en pas douter, le moyen dont se sert l'organisme pour lutter contre l'ennemi et pour le détruire.

Le pouvoir bactéricide des épanchements tuberculeux des séreuses sur le Bacille de Koch, et leur pouvoir agglutinant, est nettement démontré.

MM. ARLOING et P. COURMONT ont nettement résolu la question :

« Les épanchements tuberculeux humains de la plèvre et du péritoine sont bactéricides, à des degrés variables, suivant les cas, pour le bacille tuberculeux qui ne pousse que faiblement dans ces liquides purs et à certains degrés de dilution. Ils sont également agglutinants. Cette agglu-

tion est souvent plus forte, avec ces sérosités locales, qu'avec le sang de la circulation générale des mêmes malades. Il est donc vraisemblable que, dans la tuberculose des séreuses, la substance agglutinante spécifique, plus abondante au point de la lésion locale, ne provient pas du sang de la circulation générale, comme dans bon nombre d'infections, mais peut-être, au contraire, diffuse de la séreuse à la circulation générale. On conçoit l'importance de toutes ces données, soit au point de vue du mécanisme de la guérison de l'inflammation tuberculeuse des séreuses, soit à celui de la formation de la substance agglutinante, soit enfin pour établir le séro-diagnostic des épanchements tuberculeux. »

Il est donc très compréhensible que, dans certains cas de tuberculose latente, le processus de défense de l'organisme étant supprimé brusquement, l'invasion puisse se faire sans rencontrer la moindre résistance. Et, en effet, dans les neuf cas que nous venons d'analyser, l'évolution de la tuberculose aiguë ne s'est faite, nous l'avons vu, qu'à partir du moment où le liquide pleural a été évacué. Son rôle protecteur vis-à-vis du poumon menacé est donc net puisque l'évolution de la granulie terminale fut chaque fois postérieure à son évacuation. Une pleurésie survenant chez un tuberculeux, peut avoir un rôle d'arrêt ou de ralentissement au moins sur les lésions du poumon du même côté ; celui-ci se trouvant immobilisé et comprimé, les lésions se trouvent dans des conditions on ne peut plus favorables à leur cicatrisation, conditions en tous points comparables à celles que l'on cherche à provoquer, dans une articulation malade, par l'immobilisation absolue.

Dans les trois Observations que nous publions, il paraît

évident que la présence de la pleurésie a influé dans la distribution des lésions : l'infection granulique a toujours été moins violente dans le poumon comprimé par l'épanchement, à cause du pouvoir bactéricide de cet épanchement, d'abord, de l'immobilisation et de la compression des vaisseaux de l'organe, ensuite ; toujours le poumon du côté opposé à celui où était le gros épanchement (car nous étions en présence de trois pleurésies doubles) fut atteint le premier et son infiltration miliaire aiguë était la plus caractéristique. La compression prolongée du poumon tuberculeux avait amené une sclérose et une rétention de l'organe, lésions anatomiques graves, moins graves cependant que l'invasion granulique qui se déclancha dès que la pression du milieu devint moindre.

Tant que l'épanchement aura un rôle utile, il sera donc prudent de le conserver, dans les pleurésies tuberculeuses lentes à se résorber, comme celles dont nous avons fait l'étude. Dès qu'il deviendra dangereux par sa trop grande abondance, l'urgence de la thoracentèse, décrite par DIEULAFOY, s'imposera.

L'opération de FORLANINI fut faite sur les malades qui font le sujet des Observations I et II. Il nous reste donc un mot à dire sur l'action que peut avoir, au point de vue évolution granulique, sur un poumon tuberculeux latent, le pneumothorax artificiel. L'injection d'azote pur dans une plèvre d'où vient d'être exclus l'épanchement de liquide, est-elle capable de provoquer ou de favoriser cette évolution ? Cette substitution d'un gaz inerte, à la masse liquide a pour but de suppléer le rôle protecteur de cette dernière vis-à-vis de l'invasion bacillaire du poumon correspondant. Cette injection de gaz est, la clinique l'a

démontré maintes fois, lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions et avec une bonne technique, d'une innocuité entière. Il y a un singulier contraste entre l'extrême gravité de certains pneumothorax spontanés survenant chez les phtisiques, et l'absolue bénignité du pneumothorax thérapeutique provoqué chez les tuberculeux pulmonaires.

Etant donnée l'innocuité prouvée de cette intervention, ne semble-t-il pas logique, dans les cas qui nous occupent, de remplacer dans la plèvre le liquide ponctionné, par un gaz qui laissera le poumon dans des conditions locales éminemment favorables à sa cicatrisation? En agissant ainsi, on évitera la brusque décompression du poumon, aussi malsaine pour ses propres lésions que pour la bonne cicatrisation de l'orifice de perforation. Si nous admettons le rôle protecteur mécanique de l'épanchement pleurétique, n'est-il pas logique de penser que l'injection gazeuse intra-pleurale joue un rôle en tous points identique à celui-ci? Rôle protecteur purement physique, il est vrai, et qui, nous l'avons vu, ne suffit malheureusement pas pour mettre une barrière à l'invasion, le pouvoir bactéricide de l'épanchement étant supprimé par le fait de son évacuation.

CONCLUSION.

La thoracentèse, à côté de ses avantages thérapeutiques indiscutables, peut, dans certaines circonstances, déterminer une généralisation tuberculeuse fatale. De cette notion capitale nous rapportons neuf Observations indiscutables, dont trois inédites.

Les conditions de production de ces redoutables accidents nous paraissent être essentiellement :

- 1) Leur longue prolongation avec résorption tardive.
- 2) Un état fébrile ou subfébrile persistant.
- 3) La bilatéralité de l'épanchement.

La conclusion pratique nous paraît être la contre indication de la thoracentèse dans tous les cas réalisant une ou plusieurs des conditions précédentes. L'injection consécutive d'azote (opération de Forlanini) ne nous paraît même pas suffisante pour éviter les accidents graves précédents, peu connus, croyons-nous, et contre lesquels nous avons tenu à mettre en garde les médecins.

Le Président de la Thèse,
ROQUE.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 3 février 1919.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
Albert WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE.

- PIÉRY. — *Journal médical français*, juin 1912 (Statistiques dans l'emploi du pneumothorax artificiel).
- MOLLARD. — *Lyon médical* 1899 (De la Thoracentèse dite d'opportunité dans la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse).
- PALLASSE. — Thèse de Lyon 1905. Recherche et valeur pronostique de la quantité de l'épanchement dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses.
- PALLASSE. — *Lyon médical*, février 1909. Rôle protecteur de l'épanchement pleural dans la granulie.
- PINQUET. — Thèse de Lyon 1899. De la tuberculisation rapide du poumon après la thoracentèse dans la pleurésie tuberculeuse-séreuse ou séro-fibrineuse.
- GAILLARD. — *Semaine médicale* 1891. Les pleurésies providentielles.
- DESSIRIER. — Thèse de Lyon 1908. Pneumothorax et tuberculose pulmonaire.
- CISTERNES. — Thèse de Paris 1900. Influence de la pleurésie intercurrente sur les lésions tuberc. pulmonaires.
- LANOS. — Thèse de Paris 1894. Influence de la pleurésie sur la tuberculose pulmonaire.
- COURMONT. — *Presse médicale*, juin 1898. Du pouvoir bactéricide des épanchements tuberculeux des séreuses.
- PÉRON. — Thèse de Paris 1895. Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculeuses de la plèvre.

RENDU. — Indication de la thoracentèse dans les pleurésies à petit épanchement. *Revue de Pneumologie*. Mars 1896.

TAPRET. — Observation d'une granulie post-pleurétique. *Archives Générales de Médecine*, 1885.

MAYOR. — Thèse de Paris 1897. De l'avenir des pleurétiques.

RENDU. — *Revue de Pneumologie*, mars 1896. Indication de la thoracentèse dans les pleurésies à petits épanchements.

LE DAMANY. — Thèse de Paris 1898. Bactériologie, nature, pathogénie de la pleurésie séro-fibrineuse.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
INTRODUCTION.....	5
OBSERVATIONS :	
I.....	7
II.....	12
III.....	16
IV.....	20
V.....	22
VI.....	22
VII.....	23
VIII.....	24
IX.....	24
Considérations cliniques et analyse des Observations...	26
Du rôle protecteur de l'épanchement dans les pleurésies tuberculeuses.....	33
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE	39

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE L. DECLUME, TONS-LE-SAUNIER
